РАЦИОНАЛЬНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ПОДХОДЫ В ОНКОЛОГИИ

29 ноября 2013 г. в Киеве состоялся Международный онкосаммит «Рациональные лечебные подходы в онкологии», организованный компанией «Dream House» при поддержке фармацевтической компании «Dr. Reddy's». В рамках данного мероприятия ведущие специалисты–онкологи из Украины и России получили возможность обменяться практическим опытом, результатами собственных исследований. Участники саммита смогли получить ответы на волнующие их вопросы, а также подискутировать на наиболее актуальные темы и определить перспективные направления работы.

Модератором мероприятия выступила **Ирина Анатольевна Крячок**, доктор медицинских наук, заместитель директора Национального института рака (НИР) по научно-организационной работе, заведующая отделом консервативных методов лечения НИР, представитель Украины в ESMO. Она предоставила слово первому докладчику — **Вадиму Вадимовичу Птушкину**, доктору медицинских наук, профессору, заведующему отделом гематологии и онкологии подростков и взрослых ФГУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии» Минздравсоцразвития РФ. Он представил вниманию участников мероприятия доклад «Поддерживающая терапия в онкологии».

Поддерживающая терапия — это мультидисциплинарная область медицины, включающая применение методов диагностики и коррекции осложнений, вызванных наличием опухоли или проводимым лечением (хирургическим, лучевым, медикаментозным).

Докладчик подробно остановился на вопросе осложнений, характерных для применения схем на основе различных химиотерапевтических препаратов. В частности, большое значение в этом контексте имеет предупреждение и лечение фебрильной нейтропении, наличие которой значительно повышает риск развития инфекции. В. Птушкин также озвучил результаты анализа случаев госпитализации в связи с осложнениями основного лечения более 12 тыс. больных раком грудной железы и подчеркнул, что одними из побочных реакций при применении цитостатических препаратов являются фебрильная нейтропения и инфекционные осложнения. Доказано, что поддержание запланированной интенсивности химиотерапии повышает общую выживаемость при раке грудной железы. Решение проблемы развития фебрильной нейтропении без снижения интенсивности химиотерапии может быть достигнуто посредством применения препаратов гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (Г-КСФ).

Однако необходимость профилактического назначения препаратов Г-КСФ поднимает другую проблему. Поскольку эти лекарственные средства относятся к биологическим препаратам, их стоимость достаточно высока и способна существенно отразиться на бюджете здравоохранения. Это приводит к ограничению использования высокоэффективных биопрепаратов. Выход из этой ситуации многие специалисты видят в разработке и применении менее дорогостоящих аналогов биопрепаратов — биоаналогов.

Одним из таких препаратов является биоаналог кратковременного действия филграстим, который уже приобрел значительную популярность на фармацевтическом рынке Европы. В ходе разработки препарата проведено исследование фармакокинетических параметров биоаналога филграстима (Грастим®) по сравнению с референтным препаратом, в котором приняли участие 48 здоровых добровольцев. Они получали подкожно или внутривенно филграстим в дозе 300 мкг биоаналога (группа А) или референтного (группа Б) препарата. Исследуемыми параметрами были содержание лейкоцитов, нейтрофилов и CD34-положительных клеток в крови в динамике. Согласно результатам исследования, фармакокинетические параметры биоаналога и референтного препарата были сопоставимы. Что же касается профиля безопасности, то у 48 добровольцев зарегистрировано 5 случаев осложнений при приеме биоаналога и 3 — референтного препарата при подкожном введении; 5 и 4 случаев соответственно — при внутривенном введении. Осложнения не носили серьезного характера и являлись характерными для препаратов данной группы.

Еще одним осложнением химиотерапии, которое составляет значительную проблему, являются тошнота и рвота. Поскольку среди нейромедиаторов, которые задействованы в процессе развития тошноты и рвоты, вызванных химиотерапией, важную роль играет серотонин, то для купирования тошноты и рвоты целесообразно использовать антагонисты 5-HT3-рецепторов (ондансетрон и другие), а при острой рвоте— с добавлением дексаметазона. В качестве профилактики острой тошноты и рвоты после высокоэметогенной химиотерапии рекомендуется применять апрепитант, дексаметазон, антагонисты 5-HT3-рецепторов, а после среднеэметогенной — дексаметазон и антагонисты 5-HT3-рецепторов.

Также В. Птушкин осветил вопросы, связанные с осложнениями при развитии метастазов, в частности при раке грудной железы. Для борьбы с метастазами в костной ткани среди прочего применяют бисфосфонаты. Золедроновая кислота занимает важное место в арсенале лечения метастатического поражения костей. Добавление золедроновой кислоты к неоадъювантной химиотерапии может улучшать объективный ответ при раке грудной железы. Появляются данные, что золедроновая кислота может оказывать противоопухолевую активность в комбинации с химиопрепаратами.

Таким образом, терапия сопровождения, направленная на облегчение проводимого лечения, играет важную роль не только с точки зрения его переносимости, но также влияет на эффективность, вследствие чего является неотъемлемой частью комплексной терапии.

Алексей Алексеевич Ковалев, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии Запорожской медицинской академии последипломного образования, представил доклад, посвященный одному из наиболее распространенных онкологических заболеваний — раку легкого.

За последние 10 лет в лечении рака легкого достигнут определенный прогресс. Сегодня важное значение в терапии данной патологии имеют методы, позволяющие провести молекулярно-генетическую классификацию, целью которой является определение наиболее эффективной стратегии лечения.

Докладчик уделил особое внимание вопросам классификации и стадирования рака легкого как одного из основополагающих факторов, определяющих стратегию лечения и прогноз течения заболевания. Современная классификация TNM описывает анатомические особенности и не учитывает биологические свойства рака легкого. Сегодня важно проводить дальнейшее изучение независимых биологических и поиск новых прогностических критериев. Как отметил докладчик, следующий пересмотр TNM-классификации, который запланирован на 2016 г., должен дать ответ, будет ли новая ее редакция, как и ранее, клинико-анатомической или будут учтены основы молекулярной классификации.

Далее А. Ковалев подробно рассмотрел различные подходы к лечению рака легкого. Так, наряду с оперативным вмешательством для >50% больных немелкоклеточным раком легкого альтернативой является системное лечение в виде адъювантной, неоадъювантной и паллиативной терапии. Докладчик отметил одинаковую эффективность гемцитабина при использовании в 1-й и 2-й линиях химиотерапии.

В рандомизированных исследованиях подтверждена противоопухолевая активность монохимиотерапии гемцитабином при немелкоклеточном раке легкого, сопоставимая с активностью стандартной комбинации этопозид + цисплатин при меньшей токсичности. Хорошая переносимость и эффективность гемцитабина при немелкоклеточном раке послужили основанием для использования его в виде монохимиотерапии у больных преклонного возраста.

Докладчик подчеркнул, что комбинация паклитаксела и гемцитабина особенно интересна среди неплатиновых схем из-за различных механизмов действия этих препаратов, неперекрывающихся профилей токсичностей и активности. Возможно, паклитаксел повышает противоопухолевую активность гемцитабина, и комбинация дает дополнительный эффект.

Завершая выступление, А. Ковалев обобщил рекомендации для 1-й и 2-й линии терапии при метастатическом немелкоклеточном раке легкого, а также остановился на методах оценки опухолевого прогрессирования и эффективности применяемой терапии.

С докладом «Злокачественные опухоли яичника: аспекты современного лечения» выступил **Валентин Станиславович Свинцицкий**, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения онкогинекологии НИР.

Докладчик отметил, что первым этапом терапии рака яичника является оперативное вмешательство, в ходе которого важно провести оптимальную циторедукцию, от которой зависит 5-летняя выживаемость больных. В качестве оптимальных режимов адъювантной химиотерапии 1-й линии рассматривают комбинации паклитаксела и карбоплатина или цисплатина, а также доцетаксела и цисплатина.

Оптимальная циторедукция является решающим условием успешного проведения 1-й линии химиотерапии эпителиального рака яичника. При этом для больных с оптимальной циторедукцией оправданным считают проведение в качестве 1-й линии внутрибрюшинной химиотерапии. С учетом высокой эффективности еженедельного введения паклитаксела целесообразно использовать этот режим при проведении 1-й линии терапии.

В. Свинцицкий также остановился на еженедельной схеме назначения паклитаксела + карбоплатина у пациенток с рецидивирующим раком яичника. На сегодня использование еженедельной схемы паклитаксел + карбоплатин в группе больных раком яичника, которые ранее получали множественные курсы химиотерапии, является эффективным, особенно в случаях рецидивирующего рака яичника, резистентного к препаратам платины. Также еженедельное введение паклитаксела может быть предпочтительной схемой лечения для больных, получающих паклитаксел по поводу рецидива заболевания, поскольку этот режим химиотерапии является столь же активным, как и стандартная схема (1 раз в 3 нед), однако менее токсичным.

Среди проблем, касающихся лечения больных раком яичника, необходимо отметить развитие приобретенной резистентности к платине и другим химиопрепаратам, влияющей на частоту развития рецидивов опухоли и потребность в дополнительной терапии.

Представленные на онкосаммите доклады вызвали активную дискуссию среди участников мероприятия, в ходе которого каждый смог получить ответ на актуальные практические вопросы.

Подводя итог, И. Крячок выразила надежду, что проведение подобных мероприятий, позволяющих обменяться практическим опытом и обсудить современные подходы к ведению пациентов с онкопатологией, станет хорошей традицией, и уже в ближайшее время присутствующие соберутся вновь.

Евгения Гончарук,
фото Сергея Бека

Информация о лекарственном средстве. Информация для профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников. ГРАСТИМ® Р.с. № UA/0633/01/01 от 22.01.2009 до 22.01.2014. **Состав.** Филграстим. **Форма выпуска**. Раствор для инъекций. **Код АТС** L03A A02. **Показания**. Для уменьшения продолжительности и снижения частоты возникновения фебрильной нейтропении у больных, получающих химиотерапию цитотоксическими средствами по поводу немиелоидных злокачественных заболеваний, а также для сокращения продолжительности клинических последствий нейтропении у больных, получающих миелоаблятивную терапию с последующей пересадкой костного мозга. Мобилизация аутологичных клеток-предшественников гемоцитов периферической крови, в том числе после миелосупрессивной терапии, для ускорения восстановления гемопоэза путем введения этих клеток после миелосупрессии или миелоабляции. Длительная терапия, направленная на увеличение количества нейтрофильных гранулоцитов, снижение частоты и продолжительности инфекционных осложнений у детей и взрослых с тяжелой врожденной, периодической или злокачественной нейтропенией (абсолютное число нейтрофильных гранулоцитов <500 в 1 мм^3) и тяжелыми или рецидивирующими инфекциями в анамнезе. **Противопоказания**. Повышенная чувствительность к филграстиму или другим компонентам препарата, тяжелая врожденная нейтропения (синдром Костмана) с цитогенетическими нарушениями. **Побочные эффекты**. Боль в костях и мышцах, слабо или умеренно выраженное повышение концентрации лактатдегидрогеназы, щелочной фосфатазы, уровня мочевой кислоты и γ-глутамилтрансферазы в крови; нарушение мочевыделения, снижение артериального давления, тошнота, рвота, алопеция, диарея, анорексия, воспаление слизистых оболочек, головная боль, кашель, общая слабость, боль в горле, запор, единичные случаи развития аллергических реакций, спленомегалия, тромбоцитопения; анемия и носовые кровотечения; реакции в месте инъекции; гепатомегалия, артралгия, остеопороз, кожная сыпь, васкулит; протеинурия и гематурия. **Производитель**. «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд», Индия. **Полная информация о применении лекарственного средства и полный перечень побочных реакций содержатся в инструкции по применению препарата. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией**.